

Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em candidatos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

XV INIC / XI EPG - UNIVAP 2011

Mayara Cristina Pandolfi Vicentini¹, Liv Almeida Mello de Oliveira²

¹UNIVAP/Nutrição, meyzoka@hotmail.com

²UNIVAP/Nutrição, livalmeida@yahoo.com.br

Resumo: A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC) e no risco de mortalidade associada. Considera-se obesidade mórbida quando o IMC encontra-se acima de 40kg/m². A nutrição do paciente necessita de cuidados especiais devido à modificação alimentar, tanto no período que antecede, quanto no pós-cirúrgico. O referente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento do paciente candidato à cirurgia sobre a conduta nutricional a ser seguida após a operação, assim como dos pacientes que já foram submetidos ao procedimento. Foram aplicados testes de entendimento, totalizando 20 pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Obesidade mórbida; Conduta nutricional; Modificação alimentar; Equipe multidisciplinar.

Área do Conhecimento: Área de Saúde

Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal (OLINTO, 2004). A maioria dos obesos passa grande parte de sua vida envolvida em dietas sem orientação adequada, atividades físicas e demais tratamentos, cujo objetivo principal é combater a obesidade. Porém, normalmente, esse objetivo não é satisfatoriamente atingido, pois implica em mudanças de hábitos alimentares e também no estilo de vida do indivíduo (BRAY, 2004).

A cirurgia bariátrica, diferentemente de outras áreas cirúrgicas, precisa ser entendida não apenas como mais uma atividade exercida pelo cirurgião geral e sim como uma filosofia de um programa complexo de perda de peso a longo prazo. Deve-se destacar que, para se obter bons resultados, é necessário um acompanhamento freqüente, efetuado por uma equipe de saúde composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, garantindo uma perda de peso adequada, dentro dos padrões de saúde (BUSSETO et al., 1996; RAFAELLI et al., 2005).

Conhecer as expectativas dos pacientes frente à cirurgia e o comportamento alimentar no pós-operatório, poderá facilitar o atendimento destes indivíduos, visando à mudança dos hábitos alimentares.

Este estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento do paciente candidato à cirurgia

bariátrica sobre a conduta nutricional a ser seguida após a cirurgia, assim como a dos pacientes que já foram submetidos à mesma.

Metodologia

Foram distribuídos dois testes, objetivando detectar o grau de entendimento e aderência ao tratamento nutricional pré (Anexo A) e pós cirurgia-bariátrica (Anexo B), em um consultório nutricional, na cidade de Taubaté, interior do estado de São Paulo.

A população do estudo foi composta por 20 indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, obesos mórbidos pré-candidatos à cirurgia bariátrica e obesos mórbidos que já foram submetidos ao procedimento.

Ambos os testes foram elaborados por uma pesquisadora da cidade de Umuarama, no estado do Paraná (NISHIYAMA, 2007).

Este instrumento, tem sido muito utilizado como protocolo para pesquisa científica e pela equipe multidisciplinar durante as consultas ou atendimentos clínicos devido facilidade promovida pelo mesmo para detectar deficiências nutricionais.

O primeiro teste objetiva conhecer se o paciente tem ciência da terapia nutricional a que será submetido no pós-cirúrgico. O outro teste procura revelar a aderência ou não deste indivíduo ao tratamento dietoterápico.

As respostas dos testes foram distribuídas em Escala Likert.

Os questionários foram enviados online, respondidos e novamente enviados à pesquisadora.

Os dados foram avaliados através de análise estatística descritiva.

Resultados e Discussão

Foram estudados 3 pacientes candidatos à cirurgia bariátrica de ambos o sexo, e 17 já submetidos ao procedimento de ambos o sexo (Figura 1). Destes, 20% eram do gênero masculino e 80% do gênero feminino, respectivamente.

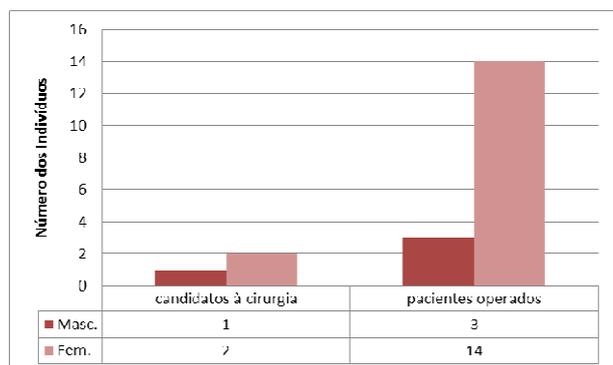


Figura 1: Gênero dos pacientes avaliados.

Dalabona et al. (2005) também encontraram resultados semelhantes em seu estudo, verificando que 80,2% dos pacientes eram do gênero feminino e 19,8% do gênero masculino.

Entre os indivíduos que irão realizar o procedimento cirúrgico, a idade variou entre 19 e 30 anos. Já aqueles que haviam realizado o procedimento, a idade variou entre 25 e 52 anos (Figura 2).

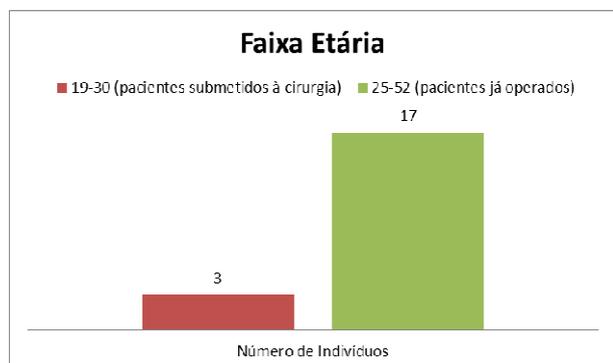


Figura 2: Faixa etária dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e aqueles que já foram submetidos ao procedimento.

Ao analisar o grau de escolaridade verificou-se que entre os pacientes que irão submeter-se à cirurgia e aqueles que já se submeteram ao procedimento, não houve diferença significativa (Figura 4).



Figura 4: Nível de escolaridade dos pacientes pré cirúrgicos e pós cirúrgicos.

Para a análise do IMC dos pacientes que realizarão a cirurgia, foi considerado o IMC pré-cirúrgico (Figura 5). Analisando o IMC dos pacientes que já realizaram a cirurgia (período entre 5 meses e 11 anos), foi considerado o IMC pré-cirúrgico, uma vez que alguns pacientes haviam sido operados recentemente e outros ainda estavam em processo de redução de peso. A figura 6 demonstra a comparação do IMC destes pacientes.

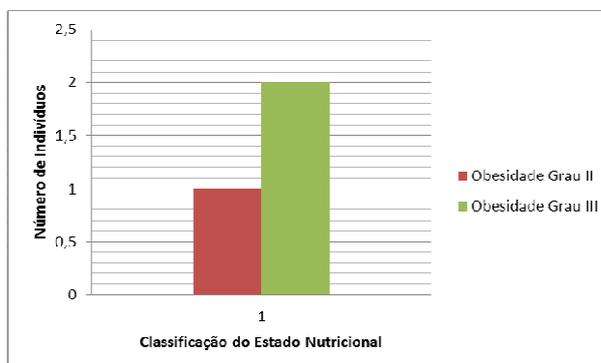


Figura 5: Classificação nutricional dos pacientes pré-cirúrgicos.

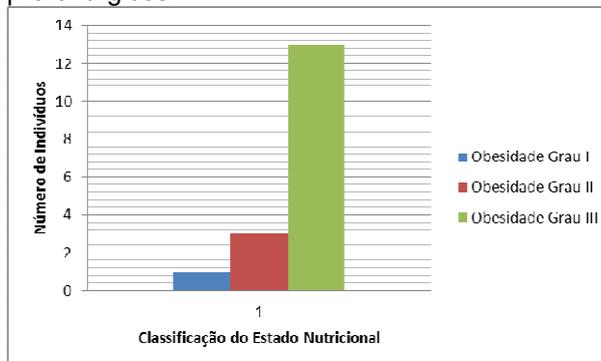


Figura 6: Classificação nutricional dos pacientes antes da cirurgia.

Quanto ao conhecimento da conduta nutricional à ser seguida após o procedimento, todos os candidatos à cirurgia concordaram quanto à importância das consultas com o profissional nutricionista, visando à orientação dietoterápica no pré e pós-operatório, uma vez que 100% deles assinalaram esta resposta. Isso demonstra a preocupação e a necessidade de obterem maiores informações sobre a conduta nutricional a ser seguida durante todo o processo de modificação do comportamento alimentar.

Constatou-se que 67% dos pacientes candidatos à cirurgia concordaram que doenças associadas ao excesso de peso como, diabetes, pressão alta, dores musculares ou doenças similares, melhoram após o procedimento. Segundo Pories (1995), pacientes submetidos à cirurgia bariátrica obtêm melhora nas diversas complicações associadas à obesidade como diabetes, apnéia do sono, hipertensão e hiperlipidemia.

Houve concordância de 67% dos pacientes pelo fato de após a cirurgia, o paciente necessitar de tomar suplementos vitamínicos por toda a vida. Em um estudo de Brolin (1991), foram encontrados 43% pacientes anêmicos após a cirurgia, devido à falta de suplementação. Também é importante ressaltar que 76,7% pacientes aceitavam a suplementação sem intercorrências e que apenas 33,3% tomavam a suplementação regularmente composta de ferro, vitamina B12, folatos, vitaminas lipossolúveis e hidrossolúveis e minerais diversos, o que pode ter exacerbado as deficiências nutricionais.

Concorda-se com a afirmação de Avinoah (2007) que descreve a importância de se utilizar rotineiramente suplementos nutricionais profiláticos para prevenir as deficiências associadas ao grupo submetido à cirurgia.

O estudo mostra que 100% dos pacientes concordam em ter uma alimentação diferente nos primeiros dois meses. Iniciando com a dieta de base (água, chá e gelatina) até chegar a dieta geral (arroz, feijão).

Segundo Segal et. al. Mancini (2007), nos 15 dias subsequentes, a dieta pode ser pastosa, e após o 45º dia, adota-se a dieta branda sem açúcares concentrados. Depois do segundo mês da cirurgia, a dieta é geral, ou seja, há poucas restrições alimentares.

Dos pacientes que realizarão à cirurgia, 67% ficaram em dúvida e discordaram à respeito da perda de peso. SEGAL A., MANCINI M. (2007), propõe que a perda de peso após a cirurgia é rápida e depende da técnica. Ela pode ser influenciada por outros fatores, como a presença de diabetes (que leva a menor perda de peso), idade, etnia, grau de aderência à dieta e atividade

física. O sucesso da cirurgia é definido pelo menos 50% do excesso de peso por 5 anos, deixando de ser obeso mórbido, ou seja, reduzir o IMC a menos que 40.

Cerca de 100% dos pacientes concordam com SEGAL A., MANCINI M. (2007) sobre o acompanhamento nutricional, visando as orientações dietéticas que têm como objetivo, não somente prevenir complicações após a cirurgia, mas também prevenir e minimizar efeitos colaterais, entre eles, vômitos e "dumping", que ocorre quando o indivíduo come alimentos doces após a cirurgia. É importante lembrar à respeito do aporte protéico através das fontes animais (carne, ovos, leite, queijos), mas em muitos casos podem ser necessários suplementos protéicos.

Constatou-se que 33% dos candidatos à cirurgia têm dúvidas, concordam parcialmente e discordam quando o assunto é se alimentar normalmente e em quantidades que queiram, todos concordam à respeito da importância da mastigação, segundo Elliot (2003) devido à náuseas, vômitos, engasgos e mal-estar. Isso ocasiona devido à superalimentação ou pela deglutição de fragmentos maiores de alimento. Há discordância de 67% e parcialmente concordância à respeito da perda de peso permanente após a cirurgia.

Dos indivíduos interessados em realizar a cirurgia, 33% demonstraram dúvida, discordância e parcialmente concordância sobre os vômitos frequentes após o procedimento, 67% também demonstraram dúvida à respeito da ingestão de carnes, desde que mastigue bem, e 67% concordaram ao poderem apresentar cólicas abdominais após ingerirem alimentos gordurosos.

Observou-se que os conhecimentos sobre a cirurgia ainda são limitados por parte destes pacientes uma vez que discordam: sobre a modificação do paladar e do olfato (100%) e quanto à satisfação nas primeiras 48 horas após a cirurgia (100%). Concordam parcialmente (100%) à se submeterem a cirurgia plástica. Em questão da perda de peso, 100% da concordância relata ser gradativa, 100% relata também que o paciente pode apresentar depressão, e que essa cirurgia implica em acompanhamento periódico com médicos.

Quando se analisou a conduta nutricional realizada pelos pacientes que já tinham feito a cirurgia bariátrica, notou-se que estes possuíam informações sobre os cuidados nutricionais que o procedimento exige. Porém, não se pode afirmar que costumam realizar estes cuidados alimentares em suas práticas cotidianas (71%).

A maioria dos pacientes (76%) concordaram que a mastigação deve ser lenta, 65% que a ingestão de líquidos deve ser de pelo menos 8

copos por dia, e que a atividade física, semanalmente, é recomendada (71%).

Quanto aos grupos alimentares, fontes de cálcio (leite e derivados), 47% destes pacientes relataram que a ingestão deve ocorrer no mínimo duas vezes ao dia, 65% que a ingestão de carnes deve ser de pelo menos uma vez ao dia, e 76% que a alimentação diária deve conter vitaminas e minerais encontradas nas frutas e vegetais. Visando a conduta nutricional adequada, sobre à ingestão alimentar de alimentos fontes de nutrientes, como o ferro, que previne a anemia ferropriva e o leite e derivados como fonte de cálcio, responsável pela manutenção da massa óssea. Segundo Casagrande et al. (2001), as conseqüências nutricionais mais comuns no primeiro ano de cirurgia são hipoalbuminemia; deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12; e anemia, sendo a nutrição fundamental também no pré-operatório para a obtenção de um estado nutricional adequado, evitando a desnutrição e buscando uma vida saudável.

Dos 17 pacientes entrevistados no pós operatório, 59% referiram que os lanches (x-salada, pastel, coxinha, "fast-food") são de consumo contraindicado semanalmente.

Concordam (59%) em tomar suplemento de vitaminas e minerais recomendados pelo médico ou nutricionista. A Associação Americana de Cirurgia Bariátrica recomenda o uso de suplementos protéicos líquidos, para atingir pelo menos 60 gramas por dia, mas alguns preconizam mais, até 90 gramas de proteínas por dia.

No item refrigerante, 47% discordaram à respeito de que o consumo de refrigerantes pode ocorrer mais de três vezes na semana, com a mesma discordância e porcentagem (47%) se diz à respeito do consumo de doces ingeridos mais do que duas vezes na semana.

Todos os pacientes concordaram (100%) que pelo menos a cada seis meses é necessária consultas com médicos para revisar a cirurgia, realizar novos exames e verificar o estado de saúde atual. Entre os exames importantes que serão realizados muitas vezes no acompanhamento pós-cirurgia estão: hemograma completo, dosagem de proteínas no sangue, avaliação do perfil de ferro, de vitamina B-12 e outras vitaminas do grupo B, de cálcio e de vitamina D (LYZNICKI, 2001).

Quanto as refeições menores realizadas à cada 2 ou 3 horas, que devem ser distribuídas durante o dia, 71% concordaram, com 53% dos pacientes concordando sobre o consumo de grãos ser diário, e com discordância do uso de açúcar diariamente com 41%.

Os líquidos devem ser ingeridos bem antes das refeições ou no mínimo 30 minutos depois, para permitir que haja "espaço" no estômago e para

diminuir a ocorrência de vômitos, sendo assim, 59% discordaram ao responder o questionário onde dizia que tomar líquidos junto com as refeições facilita a deglutição.

No item dos alimentos ricos em gorduras, pois devem ser evitados, 65% concordaram, quando se diz respeito à um consumo excessivo semelhante ao anterior à cirurgia. Entretanto, a alimentação em pequenas quantidades pode ter um valor calórico alto quando é rica em lipídios (gorduras). Toda gordura tem um valor calórico elevado independente da fonte (óleo, azeite, margarina, manteiga) por isto é sempre recomendável evitar o consumo de alimentos gordurosos (CHIMICATI, 2005).

O centro do controle dietético consiste em evitar a entrada súbita de grandes volumes no intestino proximal. Isso é obtido com a ingestão frequente de refeições pequenas e evitando a ingestão de líquidos gaseificados (SHILS et al, 2003). Sendo assim, 35% dos pacientes discordam ao permitir que a água gaseificada possa ser ingerida.

Conclusão

Foi verificado que as dúvidas mais frequentes entre os candidatos à cirurgia bariátrica era em relação à possibilidade de vômitos, quantidades a serem ingeridas após a cirurgia, suplementação para toda vida, relação a perda de peso gradativa. Evidencia a importância da equipe multidisciplinar e principalmente, da atuação do nutricionista.

Os pacientes que foram submetidos ao procedimento demonstraram conhecimentos quanto à conduta nutricional a ser realizada.

Os pacientes já operados apresentaram IMC atual de 23kg/m² entre 38kg/ m², ressaltando o período de pós-cirurgia entre 5 meses e 11 anos.

Em ambas as situações (pré e pós-operatório), percebeu-se a importância da atuação da equipe multidisciplinar, cada área atuando de forma singular, sanando dúvidas, anseios e preparando melhor o paciente nos variados aspectos. Para que o procedimento se torne um sucesso duradouro, é fundamental um criterioso e contínuo acompanhamento clínico nutricional pós-operatório objetivando mudanças alimentares e de hábitos de vida.

Referências Bibliográficas

- ASMBS-American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Disponível em: www.asmb.org. Acessado em Maio de 2011.
- AVINOAH E., Technical tips for laparoscopic gastric banding: 6 years' experience in 2800 procedures by a single surgical team. American journal of surgery, 193, 2, 5, (2007).
- BUSSETO, L. et al. Eating pattern in the fi rst

year following adjustable silicone gastric banding for morbid obesity. *International Journal of Obesity*, Houndmills, v. 20, n. 6, p. 74-79, 1996.

- BRAY GA. Medical consequences of obesity.

J Clin Endocrinol Metab 2004;89(6):2583-9.

- BROLIN RE. Results of obesity surgery. *Gastroenterol Clin North Am.* 1987; 16(2):317-38.

- CASAGRANDE, D. S. et al. Terapia nutricional para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica do Centro de Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da PUC/RS. *Boletim de Cirurgia da Obesidade*, v. 2, n. 4, p. 7, nov. 2001.

- CHIMICATI E. *Obesidade: uma doença do afeto*. 2ª ed. Belo Horizonte: Health; 2005.

- DALABONA, C. C. et al. Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo Ambulatório de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia/PUC. *Nutrição em Pauta*, a. 12, n. 70, jan./fev. 2005.

- ELLIOT K - Nutritional considerations after bariatric surgery. *Crit Care Nurs Q*, 2003;26:133-138.

- LYZNICKI JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM; Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001;63:2185-96

- NISHIYAMA, M.F. Avaliação do nível de conhecimento e aderência da conduta nutricional em pacientes submetidos e candidatos à cirurgia bariátrica. *Arq. Ciências da Saúde da Unipar*; Umuarama, v. 11, n. 2, p. 89-98, maio/agosto 2007.

- OLINTO MT, Nacul LC, Gigante DP, Costa JS, Menezes AM, Macedo S. Waist circumference as a determinant of hypertension and diabetes in Brazilian women: a population-based study. *Public Health Nutr* 2004;7(5):629-35.

- PORIES WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Ann Surg.* 1995; 222(3):339-50.

- RAFAELLI, M. C. F. et al. A integração de uma equipe multidisciplinar e sua interferência nos resultados. In: *SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DA IFSO*, 1., 2005, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu, 2005.

- SEGAL A., MANCINI M. *Tudo que você precisa saber antes de reduzir seu estômago*. São Paulo, 2007.

- SHILS ME, et al. *Tratado de nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. São Paulo: Manole, 2003.